

云南省医学会

云医会发(2015)37 号

关于举办云南省医学会 2015 年眼科学术年会暨眼底病培训班的通知

各州市医学会、团体会员单位及有关医疗卫生单位：

为了进一步促进我省眼科专业的交流与发展，提高我省眼科医务人员的临床诊疗水平，云南省医学会眼科学分会定于 2015 年 10 月 29 日-11 月 1 日在丽江举办“云南省医学会 2015 年眼科学术年会暨眼底病培训班”。此次大会是继 2013 年省年会之后又一次大型的眼科学术盛会，预计参会的代表将达 600 余人，届时将有 20 余名国内著名眼科学专家就眼科发展的新技术、新知识以及新经验做专题报告。来自我省各地的眼科医师将积极参与到此次会议，相互交流和分享眼科学术成果。同时会议还将举办大规模的眼科医疗器械药品展览会，欢迎我省眼科医生踊跃参会，现将会议有关事宜通知如下：

一、会议内容：1、专题讲座；2、学术交流；3、省医学会眼科学分会全体委员会议。

二、参会代表：1、云南省医学会眼科学分会第十二届委员会全体委员；2、专题主讲人及主持人；3、各有关单位从事眼科医疗、护理、医技及相关专业的人员。

三、学分授予：本次年会将采用扫描学员二维码授予学分（不再使用医通卡及纸质学分证书）。请之前未使用二维码授分的学员提前用手机浏览器登录网站www.ynwskj.com完成注册，昆明、大理、曲靖地区已使用二维码授分的学员应提前在手机上安装继教通学员端，以免影响扫描手机二维码授分。参会代表将授予省级继续医学教育 I 类学分，项目编号：【2015-07-02-04】。

四、报到时间：2015 年 10 月 29 日（星期四）12:00-22:00。

五、报到地点：云南省丽江市古城区福慧路丽江宾馆主楼大堂。

六、培 训 费：600 元/人（含资料费、餐费）。

七、食宿及交通：会议统一安排食宿，费用回单位报销。住宿费：丽江宾馆（280 元/间/天），绿韵假日饭店（280 元/间/天）。交通自理。

八、联系人及电话：眼科学分会秘书：刘 海 13648845146

会 务 组：和 丹 13678723727

李春丽 18587199004

高 佳 13888553052

电 话（传 真）：0871-65131563

九、参会回执：请拟参会代表认真填写参会回执，务于 2015 年 9 月 20 日前将回执传真至 0871-65131563，或发送邮件至 827138253@qq.com，或编辑参会回执内容发送手机短信、微信至李春丽 18587199004 或高佳 13888553052 手机。无参会回执，恕不能保证食宿及会议资料。

十、请各州市委员认真履行职责，组织本地区有关人员积极参加学习和研讨。

十一、查询有关信息，请登录我会“云南省医学会网址www.yxweb.com.cn”。

附：1、授课专家；2、参会回执表。

抄报：省卫生计生委、省科协、省民间组织管理局

抄送：省医学会眼科学分会



附：

授课专家

序号	姓名	单 位	专 题
1	王宁利	首都医科大学附属北京同仁医院	青光眼手术方式的选择
2	孙兴怀	复旦大学附属眼耳鼻喉科医院	重视青光眼围手术期的处理
3	葛坚	中山大学中山眼科中心	青光眼临床新进展
4	姚克	浙江大学附属第二医院	白内障临床新进展
5	汤欣	天津市眼科医院	白内障手术并发症及细节关注
6	叶剑	重庆市大坪医院	关注合并角膜疾病的白内障手术安全
7	魏文斌	首都医科大学附属北京同仁医院	网脱术式选择及并发症的预防
8	赵培泉	上海交通大学医学院附属新华医院	小儿眼外伤
9	余素勤	上海市第一人民医院	眼底荧光造影和 OCT 的解读
10	王志军	中日友好医院	重度开放性眼外伤救治的眼球保留
11	姚玉峰	浙江大学医学院附属邵逸夫医院	单疱病毒性角膜炎
12	杨培增	重庆医科大学附属第一医院	葡萄膜炎的诊治
13	范先群	上海交通大学医学院附属第九人民医院	眼眶外科修复重建关键技术体系的创建和应用
14	李冬梅	首都医科大学附属北京同仁医院	常见儿童眶面畸形的整复
15	吴文灿	温州医科大学附属眼视光医院	内窥镜下视神经管减压术赋予视神经疾病诊疗新思维
16	杨智宽	爱尔集团视光总监、中南大学爱尔眼科学院	视光临床常见问题的处理
17	张丰菊	首都医科大学附属北京同仁医院	屈光手术的进展及适应证的合理选择
18	赵堪兴	天津市眼科医院	斜视临床研究新进展
19	杨文利	首都医科大学附属北京同仁医院	眼内病理膜的超声诊断及鉴别诊断
20	金明	中日友好医院	视网膜病变

参会回执表

_____医院：

代表 1：

姓名		性别		职称	
手机		学历		传真或邮箱	
入住时间（请务必填写）	年 月 日			离会时间	年 月 日

代表 2：

姓名		性别		职称	
手机		学历		传真或邮箱	
入住时间（请务必填写）	年 月 日			离会时间	年 月 日

代表 3：

姓名		性别		职称	
手机		学历		传真或邮箱	
入住时间（请务必填写）	年 月 日			离会时间	年 月 日

请拟参会代表认真填写参会回执，务于 2015 年 9 月 20 日前将回执传真至 0871-65131563，或发送邮件至 827138253@qq.com，或编辑参会回执内容发送手机短信、微信至李春丽 18587199004或高佳 13888553052 手机。